*Dotyczy: Kryterium wyboru operacji* ***nr 6. „Czas realizacji operacji”*** *Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania EUROGALICJA w ramach celu ogólnego nr 2: Wzrost aktywności gospodarczej obszaru LSR na rzecz konkurencyjności i zatrudnienia do 2023 r. (przedsiębiorczość – rozwijanie działalności gospodarczej) nabór nr II/2017.*

**Harmonogram działań przewidzianych w projekcie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Pozycja z Zestawienia rzeczowo-finansowego operacji | Data rozpoczęcia(miesiąc/rok) | Data zakończenia(miesiąc/rok) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| … |  |  |  |

Wnioskodawca …………………………. planujący operację pod tytułem: ..…………….………… ……………………………………………………………………………………… będzie realizował operację przez okres do/powyżej[[1]](#footnote-1) 12 miesięcy od daty podpisania umowy o dofinansowanie operacji.

-------------------------------------------- --------------------------------------------

(data i miejsce) (Podpis Wnioskodawcy)

1. Nie właściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)